

## RESEARCH OUTPUTS / RÉSULTATS DE RECHERCHE

### Les modèles de certificat médical en forme dactylographiée

Evrard, Albert; Dr Duyver, Corentin

*Published in:*

Personnes âgées et gestion de biens

*Publication date:*

2011

*Document Version*

le PDF de l'éditeur

[Link to publication](#)

*Citation for pulished version (HARVARD):*

Evrard, A & Dr Duyver, C 2011, Les modèles de certificat médical en forme dactylographiée: mise en garde" aux annexes 1 à 3. Dans C Duyver & A Evrard (eds), *Personnes âgées et gestion de biens: entre rapacité et libre disposition ?*. VOL. 4, Collection Sâges, Presses universitaires de Louvain, Louvain-la-Neuve, p. 235-243.

#### General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal ?

#### Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

## **Annexes**

### **Les modèles de certificat médical en forme dactylographiée : mise en garde**

Corentin DUYVER et Albert EVRARD s.j.

Différents modèles de certificats sont envisagés (annexes 1 à 3). Pour ceux-ci, comme pour tous les autres, se pose une question importante déjà abordée dans la contribution du D<sup>r</sup> Philippart.

Descendons dans le détail des choses concrètes. Si la forme dactylographiée d'un certificat laisse un espace de quelques lignes au médecin pour écrire ses constats, il est évident que le médecin, quoique cela puisse arriver en pratique, ne se trouve pas limité par le nombre de lignes proposées dans la forme dactylographiée d'un certificat.

Pourquoi rappeler cette évidence ?

Lui faut-il aller vite ? Est-il pressé ? Sa formation l'incline-t-elle à se contenter de rédiger dans l'espace dactylographié suggéré ? Ou, comme peut-être le ferait, automatiquement, voire « naturellement » toute personne avec un formulaire pré-imprimé, va-t-il se contenter des lignes en pointillés ? Si le médecin interroge sa pratique, ne doit-il pas, dans certains cas, reconnaître qu'il fonctionne à l'économie en usant du confort offert par le modèle ?

Quelle que soit la raison, il faut garder à l'esprit que le modèle n'étant pas fixé par la loi, ni par un Arrêté Royal pris en application de la loi ni même par une règle déontologique fixée par la profession médicale, le nombre de lignes en pointillés ne s'impose pas.

Qu'un greffe de justice de Paix, par exemple, ait un jour préparé un modèle qui a de nombreuses fois été reproduit ne change rien à l'affaire. Son caractère obligatoire ne découle pas de sa diffusion plus ou moins généralisée. Qu'un greffier, par exemple, prenne des airs d'autorité pour exiger que le modèle soit utilisé, demande que la chose soit, peut-être, discutée avec lui mais ne commande en aucune manière l'obéissance à « sa loi » qui se substituerait à la loi de tous. En tant que médecin, il faut en être conscient.

Que fait alors le médecin qui est à l'étroit dans les pointillés ? Il utilise, par exemple, le dos de la feuille du modèle pour ajouter ce qui doit l'être, la numéroter, parapher en marge les paragraphes ajoutés et apposer son cachet.

## Annexe 1

### Modèle de certificat médical circonstancié en vue d'une administration de biens

**CERTIFICAT MEDICAL CIRCONSTANCIE**  
(à dactylographier OBLIGATOIREMENT)

**ARTICLE 488 bis, b du Code Civil**

Le soussigné .....  
docteur en médecine, demeurant à .....  
.....

certifie avoir examiné le .....

le/la nommé(e) .....  
lieu et date de naissance .....  
résident ou domicilié(e) à .....  
.....  
qui se trouve actuellement à .....  
.....

Le soussigné constate :

- Que l'état de santé de cette personne peut être décrit comme suit :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Détaillez ses troubles ainsi que leurs incidences sur sa capacité et son incapacité :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Le soussigné est d'avis que cette personne n'est plus en état de gérer ses biens : \* temporairement - définitivement  
\* partiellement - totalement

Lieu et date:.....

Signature

\* bliffer ce qui ne convient pas

Le soussigné atteste n'être ni parent ni allié de cette personne ou du requérant, ou attaché à un titre quelconque à l'établissement dans lequel la personne à protéger se trouve, et s'engage à être présent lors de l'audition du malade par le Juge de Paix.

Signature

## Annexe 2

### Modèles de certificat médical circonstancié

#### Modèle A

##### Certificat médical circonstancié (forme dactylographiée)

##### Article 488bis, b du Code civil

Le soussigné ----- docteur en médecine, demeurant à  
----- certifie avoir examiné ce ----- le/la dénommé(e)  
----- résidant(e) ou domicilié(e) à (1) -----  
-----

Qui se trouve actuellement à (2) -----

Le soussigné constate :

Que l'état de santé de cette personne peut être décrit comme suit : (détailler ses  
troubles ainsi que leur incidence sur sa capacité et son incapacité) (3) -----  
-----  
-----  
-----  
-----

Le soussigné est d'avis que cette personne n'est plus en état de gérer ses biens :

Temporairement

Partiellement

- Définitivement
- Totalement (4)

Le soussigné atteste n'être ni parent ni allié de cette personne ou du requérant ni  
attaché à titre quelconque dans lequel la personne à protéger se trouve et s'engage à  
être présent lors de l'audition du malade par le Juge de Paix (5).

Lieu et date :

Cachet et Signature

**Commentaires :**

1. L'adresse est celle du domicile réel figurant sur la pièce d'identité.
2. L'adresse est celle de l'institution où réside la personne à protéger au moment de l'examen.
3. Il s'agit d'énoncer des symptômes et des affections en traitement. La loi dispose qu'il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur la capacité à gérer les biens.
4. Un avis est un avis. Il est inutile puisque la décision revient au juge.
5. La présence du médecin à cette entrevue n'est nullement requise par la loi. Quoique pouvant être souhaitée, elle n'est donc pas obligatoire. Cette clause ne saurait donc rendre la requête irrecevable.

**Modèle B****Certificat médical circonstancié****Article 488bis, b, du Code civil**

Le soussigné \_\_\_\_\_, docteur en médecine,  
demeurant à \_\_\_\_\_ certifie avoir examiné ce  
\_\_\_\_\_ le /la nommé(e) \_\_\_\_\_

né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

résidant actuellement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ déclare n'être ni parent, ni allié de la personne examinée ni  
de la personne requérante, n'être pas lié contractuellement avec l'institution où elle  
réside.

Mon examen m'a permis de constater :

1. Les maladies suivantes faisant actuellement l'objet d'un traitement : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Les symptômes actuels suivants : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La capacité de déplacement de la personne examinée :

- ☐ Totalelement incapable
- ☐ Capable sans aide
- ☐ Capable avec aide

La capacité de cette personne à prendre connaissance d'un rapport de gestion de ses  
biens peut être appréciée comme suit : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Signature

Date

Cachet

## Modèle C

En tête modèle papier à lettre

Date de rédaction

Je soussigné \_\_\_\_\_, docteur en médecine,  
certifie avoir été requis par \_\_\_\_\_  
pour la rédaction après examen de la présente attestation circonstanciée,

sur la personne de Mr/Mme \_\_\_\_\_

né(e) le ---/---/-----

résidant présentement : \_\_\_\_\_

J'affirme n'être ni parent ni allié de cette personne ni du requérant et n'être pas lié contractuellement à l'institution où elle réside.

Suite à l'examen qui eut lieu le ---/---/-----, j'ai constaté :

Les maladies suivantes actuellement traitées : \_\_\_\_\_

Les plaintes énoncées ce jour : \_\_\_\_\_

Les symptômes suivants : \_\_\_\_\_

J'estime que sa capacité à se déplacer est :

- ☐ Totale
- ☐ Nulle
- ☐ Possible mais avec de l'aide

Quant à sa capacité à prendre connaissance d'un rapport de gestion de ses biens, mon appréciation est la suivante : \_\_\_\_\_

Certifié sincère,

Date

Signature

## Annexe 3

### Modèle suggéré de certificat circonstancié en vue de mettre fin à une administration provisoire

Je soussigné \_\_\_\_\_, docteur en médecine,

Domicilié à \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ déclare avoir été requis par Mr/Mme \_\_\_\_\_

Vivant actuellement à \_\_\_\_\_

pour rédiger la présente attestation circonstanciée à l'intention de Monsieur le Juge de Paix du Canton de \_\_\_\_\_

Lors de mon examen, effectué le ---/---/-----, j'ai constaté l'état de santé comme suit :

J'estime que M./Mme \_\_\_\_\_

- ☐ Est totalement capable de se déplacer
- ☐ Est capable de se déplacer sous conditions : \_\_\_\_\_
- ☐ Est incapable de se déplacer

Certifié sincère,

Date

Signature

Cachet